

DU SYNDROME SYPHILITIQUE DE L'APEX ORBITAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Décembre 1927.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre METTETAL

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né à DAMPIERRE-LES-BOIS (Doubs), le 12 Octobre 1902



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

DU SYNDROME SYPHILITIQUE DE L'APEX ORBITAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 38

DU SYNDROME SYPHILITIQUE DE L'APEX ORBITAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Décembre 1927.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre METTETAL

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né à DAMPIERRE-LES-BOIS (Doubs), le 12 Octobre 1902



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNEQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVLOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNEQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	X.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	X.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
	SAVY.
	LEULIER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	DUNET.	DUFOURT.
TRILLAT.	FAVRE.	CHALIER (André).	GABRIELLE.
SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	RHENTER.	NOEL.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	MAZEL.	CHEVALLIER.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	SANTY.	DUMAS.	WERTHEIMER.
		DEVIC.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, président ; SANTY, assesseur
 CHALIER A. et WERTHEIMER., agrégés.



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE
A MA BELLE-MÈRE

A MA FEMME ET A MA FILLE MONIQUE

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET
*Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté
de Médecine de Lyon,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Officier de la Légion d'honneur.*

Nous ne saurions trop lui exprimer
notre reconnaissance pour toute la
bienveillance qu'il a eu à notre égard.
Il nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a dirigé avec la plus grande
patience dans sa rédaction.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES :
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Avant-Propos

Le sujet de ce travail nous a été inspiré par M. le Professeur Rollet. Durant une année entière, nous avons suivi avec fruit l'enseignement fécond de ce maître bienveillant, qui nous a toujours réservé l'accueil le plus charmant.

Qu'il daigne agréer nos plus respectueux sentiments de profonde reconnaissance.

Notre reconnaissance va également à M. le Docteur Ch. Dejean, de Montpellier, qui a mis aimablement à notre disposition de précieux documents.

Nous l'assurons de toute notre gratitude.

Introduction

La fente sphénoïdale, située au sommet de la pyramide orbitaire, livre passage à tous les nerfs moteurs du globe oculaire et aux trois branches du nerf ophtalmique. Lorsqu'un processus morbide quelconque se localise à cette fente, il détermine l'apparition d'un tableau clinique bien spécial, caractérisé par une ophtalmoplégie sensitivo-motrice totale.

Si la lésion intéresse également le trou optique qui n'est séparé de la fente sphénoïdale que par une mince lamelle osseuse, le nerf optique sera lésé et il s'ensuivra une ophtalmoplégie totale sensorio-sensitivo-motrice. (Syndrome de l'apex orbitaire, de M. le Professeur Rollet.)

Les lésions causales peuvent être d'origine très diverse : néoplasme, traumatisme, syphilis...

Nous n'étudierons ici que le syndrome de cause syphilitique, d'observation tout à fait exceptionnelle.

ASTRUC, en 1875, avait signalé l'exostose syphilitique du trou optique, cause de la goutte sereine. J. ROLLET disait que les périostoses de la fente sphénoïdale causent les paralysies des muscles moteurs de l'œil.

C'est ROCHON-DUVIGNEAUD qui, le premier, en 1896, a individualisé et décrit le syndrome syphilitique de la fente sphénoïdale.

Au début de cette année, nous avons eu l'occasion de rencontrer à la Clinique ophtalmologique un malade présentant une paralysie de tous les nerfs passant par le détroit sphénoïdal. C'est à cette occasion que M. le Professeur ROLLET nous a proposé de reprendre l'étude de ce syndrome en en faisant le sujet de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie

Le sommet tronqué de l'orbite correspond non pas au trou optique, mais à la fente sphénoïdale dans sa partie la plus large.

Le trou optique se trouve situé sur le bord supérieur de la face interne de l'orbite. Ces deux orifices creusés dans le sphénoïde, constituent la seule communication entre la cavité orbitaire et l'étage moyen de la base du crâne.

Fente sphénoïdale

Cet orifice, dont la forme a été comparée à celle d'une virgule à grosse extrémité interne et postérieure, est situé dans la moitié postérieure de l'angle que forment en se réunissant les faces supérieure et interne de l'orbite. Dans sa partie la plus large, elle se trouve en

dehors et en-dessous du canal optique, dont elle n'est séparée que par une mince lamelle osseuse. La partie étroite, légèrement plus étendue que la première, dans le sens de la longueur, se rétrécit progressivement en haut et en dehors, et est assez nettement séparée de la précédente par un changement de direction brusque de ses bords.

La fente sphénoïdale, ainsi constituée, est tapissée par des formations qui, de toutes parts, viennent lui faire une sorte de capitonnage. Dans sa partie étroite, elle est comblée par une lame fibreuse doublée en arrière par la dure-mère, laquelle, au niveau de la fente sphénoïdale, s'insère sur le périoste et paraît se continuer avec lui.

C'est par la fente sphénoïdale que passent les nerfs moteurs et sensitifs de la région orbitaire ainsi que les veines ophtalmiques.

Elle est divisée par l'anneau de Zinn en deux parties.

Dans la partie située en dehors de l'anneau, on trouve, en allant de dehors en dedans : le nerf lacrymal et le nerf frontal, branches de l'ophtalmique, le nerf frontal est en contact direct avec le périoste qui tapisse le rebord de la fente. On trouve également, dans cette première partie, la veine ophtalmique supérieure si la division de la veine ophtalmique s'est faite avant la fente sphénoïdale, sinon, il n'y a qu'une branche, qui passe dans la seconde portion de la fente. Les deux veines ophtalmiques ramènent au sinus caverneux le sang de l'orbite. Sur tout le pourtour de la base orbitaire, elles communiquent largement avec le système veineux

de la face. La veine ophtalmique supérieure s'anastomose avec la veine angulaire, tandis que la veine inférieure s'anastomose avec le plexus ptérygoïdien à travers la fente sphéno-maxillaire; ce plexus est à son tour uni au plexus caverneux par la grosse veine du trou ovale. D'autre part, les recherches de MERCKEL et de FESTAL ont montré que sur les confins de ces différents systèmes veineux, il existe des valvules dont la disposition est telle que le sang veineux de l'orbite peut se déverser dans la face, alors que le sang de la face ne peut pas refluer dans l'orbite.

La seconde portion de la fente sphénoïdale livre passage, en allant de haut en bas : à la branche supérieure du nerf moteur oculaire commun, au-dessous et un peu en dedans au nerf nasal, branche de l'ophtalmique, et au-dessous de ce dernier à la branche inférieure du moteur oculaire commun, enfin en dehors de cette branche, au moteur oculaire externe. Il importe de faire remarquer que dans leur traversée du détroit sphénoïdal, les deux branches du moteur oculaire commun sont en rapport intime avec l'apophyse clinoïde.

Voyons maintenant sommairement la distribution des nerfs, ce qui nous permettra de comprendre aisément les différents symptômes que nous allons étudier dans la partie clinique.

LES NERFS SENSITIFS sont au nombre de trois et proviennent du nerf ophtalmique de WILLIS, ou troisième branche du trijumeau. Ce sont les nerfs lacrymal, frontal et nasal.

Le nerf lacrymal va se distribuer à la glande lacry-

male, aux téguments de la paupière supérieure et à la région temporale.

Le nerf frontal innerve la peau de la région frontale jusqu'au niveau de la suture lambdoïde et la partie interne de la paupière supérieure.

Le nerf nasal, après avoir abandonné la longue racine du ganglion ophtalmique et les longs nerfs ciliaires, va innerver les conduits et sacs lacrymaux, la peau de la racine du nez, l'espace intersourcilier et le lobule du nez.

LES NERFS MOTEURS sont au nombre de trois également : le moteur oculaire externe, le pathétique et le moteur oculaire commun.

Le moteur oculaire externe innerve le muscle droit externe.

Le pathétique se rend au grand oblique.

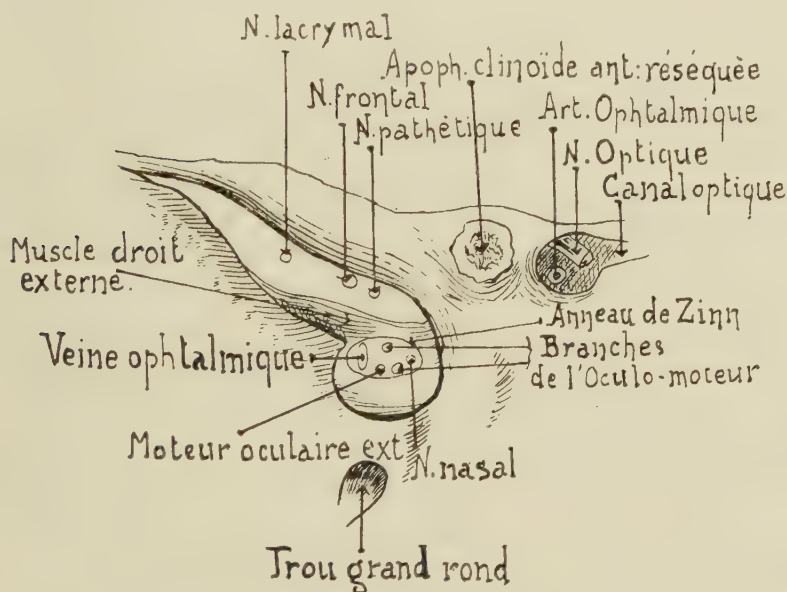
La branche supérieure du moteur oculaire commun se partage entre le releveur de la paupière supérieure et le droit supérieur.

La branche inférieure du même nerf innerve les muscles droits inférieur et interne, ainsi que le muscle petit oblique. La racine courte, ou grosse racine du ganglion ophtalmique, part du rameau destiné à ce dernier muscle.

Le ganglion ophtalmique, organe d'origine sympathique, est situé sur un plan beaucoup plus antérieur que la fente sphénoïdale ; mais, comme nous l'avons déjà vu, deux de ses racines, le nerf moteur oculaire commun et le nerf nasal, sont, par leur origine, en rapport avec la fente sphénoïdale.

Il en sera de même pour la troisième racine, la racine

sympathique. Elle vient de la partie antérieure du sinus caverneux et arrive dans l'orbite en passant par l'anneau de ZINN. Les rameaux afférents du ganglion ophtalmique, ou nerfs ciliaires, vont se distribuer au segment antérieur du globe oculaire.



Canal optique

Le canal optique, comme nous l'avons vu, ne fait pas partie du sommet de l'orbite. Percé dans la petite aile du sphénoïde, il se trouve situé en dedans et un peu au-dessus de la fente sphénoïdale.

Il livre passage au nerf optique et à l'artère ophtalmique accompagnée de son plexus sympathique.

Le nerf optique est le nerf sensoriel de l'œil. Il est entouré de trois enveloppes concentriques répondant aux enveloppes du névraxe : 1° gaine interne ou piale, prolongement de la pie-mère ; 2° gaine moyenne ou arachnoïdienne, prolongement du feuillet viscéral de l'arachnoïde ; 3° gaine externe ou durale, prolongement de la dure-mère ; cette gaine est adhérente au canal optique et en constitue le périoste.

L'artère ophtalmique occupe le côté externe du canal optique. Elle vascularise, par ses treize branches, le contenu de l'orbite, ainsi que les paupières supérieure et inférieure. Elle fournit notamment l'artère centrale de la rétine.

CHAPITRE II

Etude clinique

Une lésion syphilitique du fond de la cavité orbitaire peut intéresser uniquement la fente sphénoïdale. Dans d'autres cas plus fréquents, elle atteindra simultanément le trou optique et la fente sphénoïdale qui, nous l'avons vu, ne sont séparés que par une mince lamelle osseuse.

Nous diviserons ce chapitre en deux parties : dans la première, nous étudierons séparément les divers ordres de troubles ; dans la seconde, nous essayerons de tracer un tableau clinique d'ensemble.

I. — Symptomatologie de la compression au niveau de l'apex orbitaire

1° TROUBLES DES NERFS MOTEURS

a) *Paralysie du nerf moteur oculaire commun.* — Elle se présente avec des caractères bien particuliers.

La paupière supérieure tombe, recouvrant l'œil paralysé. Ce ptosis, peu marqué au début, peut passer inaperçu à un examen rapide, car le sujet supplée à l'insuffisance de son releveur paralysé en contractant son muscle frontal et en rejetant légèrement la tête en arrière.

Quand on soulève la paupière, l'œil se montre dévié en dehors, par l'action du droit externe et légèrement en bas, par l'action du grand oblique. Les mouvements du globe sont impossibles dans la plupart des directions. L'œil ne peut se mouvoir qu'en dehors, sous l'action du muscle droit externe, et légèrement en bas et en dehors, sous l'action du muscle grand oblique.

Lorsque le ptosis est incomplet, le malade se plaint spontanément de diplopie, à l'examen au verre rouge on voit que celle-ci est croisée et horizontale.

Ces paralysies se compliquent de paralysie de la musculature intrinsèque. La pupille est en mydriase et ne réagit plus ni à la lumière ni à la convergence. La paralysie du muscle ciliaire et, par suite, de l'accommodation, se manifeste par la perte de la faculté de voir les objets rapprochés.

b) *Paralysie du moteur oculaire externe.* — Cette paralysie se manifeste par une diminution des mouvements du globe oculaire et la déviation de ce dernier en dedans : il y a strabisme interne, lequel s'accroît à mesure que le malade essaie de porter son œil en abduction.

La diplopie est homonyme et l'écart des images augmente avec le degré du strabisme paralytique et l'éloignement du point de mire. Par contre, à mesure que

l'objet se rapproche, les images se rapprochent elles aussi jusqu'au moment où elles se confondent.

c) *Paralysie du pathétique*. — Le pathétique innerve le muscle grand oblique. Lorsque la paralysie est accentuée, le globe oculaire se dévie en haut et en dedans. Le champ visuel se restreint en bas et en dehors. Il y a diplopie verticale et homonyme. L'image est inclinée en bas et en dedans. La différence de hauteur a son maximum dans le regard en bas et du côté sain. L'inclinaison anormale augmente en dehors et en bas dans le sens de l'œil paralysé.

Le malade a une attitude caractéristique : pour éviter la diplopie, il incline la tête en arrière, en bas et du côté du muscle paralysé.

2° TROUBLES SENSITIFS

Paralysie du nerf ophtalmique. — La constatation des troubles sensitifs donne la signature du syndrome. Leur présence associée aux paralysies motrices suffit à assurer le diagnostic. Ils indiquent, en effet, la paralysie du nerf ophtalmique qui, dans la fente sphénoïdale, partage le trajet des nerfs moteurs du globe oculaire.

Les troubles sensitifs sont des plus variables : depuis la simple hypoesthésie — difficile à mettre en évidence en raison des réponses souvent contradictoires du malade — jusqu'à l'anesthésie complète, tous les degrés sont possibles.

Il y a anesthésie ou hypoesthésie de la région frontale, de la région intersourcilière, de la peau de la racine du nez, de la paupière supérieure et du lobule du

nez. La cornée, les conjonctives bulbaire et palpébrale sont également insensibles.

En revanche, la sensibilité du sous-orbitaire est conservée. Si, entre les trois branches de l'ophtalmique les limites de chaque territoire propre sont souvent imprécises, il n'en est pas de même du sous-orbitaire. Cette distinction est du plus haut intérêt pour le diagnostic. Le sous-orbitaire ne partage pas le trajet des nerfs issus de l'ophtalmique. En effet, tandis que ceux-ci pénètrent dans l'orbite par la fente sphénoïdale, il pénètre dans la gouttière sous-orbitaire par la fente sphéno-maxillaire pour venir innerver la paupière inférieure.

A propos de la paralysie de l'ophtalmique, on peut s'étonner de ne voir signaler dans les diverses observations *aucun trouble trophique de la cornée*. Il est possible que la paralysie du moteur oculaire commun soit pour quelque chose dans cette absence de lésions cornéennes, car la blépharorrhaphie recommandée dans les cas de kératite neuro-paralytique se trouve réalisée naturellement et la paupière protège la cornée de la dessiccation et de l'infection microbienne. En tout cas, ce ptosis ne peut être qu'un des facteurs dirimants car, dans des cas où il n'existe pas de paralysie de la paupière supérieure, comme dans les anesthésies tabétiques par exemple, l'intégrité de la membrane transparente de l'œil est constante.

Panas avait pu écrire jadis : « On est autorisé à conclure que la kératite neuro-paralytique reconnaît pour point de départ une altération du ganglion ou des noyaux protubérantiels de la cinquième paire. Par contre, toutes les fois que les complications oculaires font

défaut, il est permis d'envisager la paralysie du trijumeau comme d'origine périphérique. »

Aujourd'hui, cette kératite neuro-paralytique s'observe avec une allure grave à la suite de la gassérectomie. Elle paraît donc liée aux altérations centrales du trijumeau.

Cependant, nous reconnâtrons, avec M. le Professeur ROLLER, que cette opinion est trop absolue : les faits cliniques démontrent qu'il peut y avoir kératite neuro-paralytique, à marche plutôt bénigne par lésion siégeant en avant du ganglion de GASSER. Son existence a été signalée dans le syndrome traumatique de la fente sphénoïdale.

3° TROUBLES DE LA CIRCULATION VEINEUSE

Nous avons vu que les veines ophtalmiques passent par la fente sphénoïdale, il semblerait que leur compression dut entraîner nécessairement une gêne de la circulation. SAUVINEAU admet, en effet, que la compression portant sur les nerfs intéresse également les veines et produit de la céphalée et de l'œdème de la paupière supérieure.

La céphalée a une toute autre cause, la réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien nous a permis de conclure à l'existence d'une méningite circonscrite associée à l'ophtalmoplégie.

Quant à l'œdème de la paupière supérieure, il n'est signalé dans aucune des observations que nous rapportons. Chez notre malade, en particulier, l'attention n'était attirée ni par une varicosité angulaire ni par une protrusion de cause veineuse. L'anatomie nous donne

facilement l'explication de ce phénomène d'apparence paradoxale. Nous avons dit, en effet, que les veines de l'orbite sont en communication avec celles de la face et le plexus ptérygoïdien, lui-même réuni au plexus caveux. D'autre part, le système valvulaire dont nous avons parlé, permet au sang veineux de l'orbite de se déverser dans la face, mais pas inversement. Ces anastomoses d'une part, cette impossibilité d'inversion du courant veineux d'autre part, nous fournissent la raison de cette absence de troubles de la circulation veineuse.

4° TROUBLES SYMPATHIQUES

Par la fente sphénoïdale pénètrent dans l'orbite : 1° La racine sympathique du ganglion ophtalmique. 2° Les filets sympathiques inclus dans les trois branches du nerf ophtalmique. 3° Les fibres parasymphatiques du moteur oculaire commun. De plus, un plexus sympathique accompagne l'artère ophtalmique.

Quels sont les troubles révélateurs de la lésion de ces nerfs ? La dilatation pupillaire, un léger ptosis, une action légère et passagère sur les vaisseaux de la rétine et de la conjonctive, enfin sur le tonus et la sécrétion lacrymale. En général, ces signes sont difficiles à mettre en évidence, ils sont effacés ou contrariés par les grosses paralysies du syndrome. Chez notre malade (Obs. I) l'épreuve de la cocaïne semble prouver que le sympathique a été intéressé.

5° EXOPHTALMIE

Ce symptôme n'est signalé que dans le cas rapporté par VILLEMONT DE LA CLERGIE. Le malade présentait

une exophtalmie directe très accentuée et en partie réductible. Elle ne pouvait donc être le résultat d'une tumeur du fond de l'orbite. SAUVINEAU prétend que la cause de cette protrusion résulte en grande partie de la paralysie totale des muscles de l'œil. On ne s'explique pas alors la raison pour laquelle elle n'est pas d'observation constante.

L'exophtalmie est-elle uniquement le résultat de l'ophtalmoplégie ? D'autres facteurs pourront intervenir, tels qu'une lésion gommeuse du fond de l'orbite ou une cellulite de la loge postérieure consécutive à une périostite de la fente sphénoïdale. Peut-être encore la cause de ce symptôme pourra-t-elle résider dans une lésion du sympathique.

6° TROUBLES SENSORIELS

L'atteinte du nerf optique se traduit par de l'amblyopie ou de l'amaurose.

L'examen ophtalmoscopique sera des plus variables. Souvent, il ne révèle rien d'anormal : les milieux transparents, les vaisseaux artériels et veineux sont intacts. Il n'y a aucune modification de coloration du fond d'œil. Ce n'est que plus tard que la papille présentera les signes ophtalmoscopiques de l'atrophie.

II. — Formes cliniques du syndrome

Les divers ordres de symptômes que nous avons décrits réalisent par leur réunion un tableau clinique bien spécial.

Dans certains cas, la lésion intéressera seulement la

fente sphénoïdale; plus fréquemment elle frappera simultanément cette fente et le canal optique.

A ces deux ordres de faits correspondent deux syndromes que nous distinguerons en :

- a) *Syndrome syphilitique de la fente sphénoïdale.*
- b) *Syndrome syphilitique de l'apex orbitaire.*

1° — *Syndrome syphilitique de la fente sphénoïdale*

Un des premiers symptômes que nous retrouvons dans toutes les observations publiées, c'est l'élément *douleur* : c'est une hémicranie survenant parfois plusieurs mois avant les autres symptômes, très souvent à prédominance nocturne et acquérant une intensité telle que les malades qui en sont atteints ne peuvent plus dormir.

Puis apparaît le *ptosis*, ou chute de la paupière supérieure. Il peut être partiel, ne recouvrant que le bord supérieur de la cornée; le sujet parviendra à relever légèrement sa paupière en contractant énergiquement son muscle frontal et en rejetant légèrement la tête en arrière. Le plus souvent, il est total et cache entièrement le globe oculaire.

Si nous relevons cette paupière, nous nous rendrons compte de l'état du globe oculaire : ses mouvements sont abolis en totalité ou en partie; dans certains cas, il est comme figé dans la cavité orbitaire, regardant droit devant lui et aucun mouvement n'est possible dans aucune direction.

La paralysie frappe également la musculature intrinsèque. La pupille apparaît dilatée et fixe, *les réflexes à la lumière et à l'accommodation n'existent plus.*

A ces troubles moteurs s'ajoutent des *troubles sensitifs* dus à la lésion du nerf ophtalmique. Il y a anesthésie de la peau du front, de la racine du nez, de la région intersourcilière, de la paupière supérieure et du lobule du nez. La cornée, les conjonctives bulbaire et palpébrale sont également insensibles.

Les différents symptômes que nous venons de passer en revue ne sont pas les seuls. Il en est un autre constant, dû à l'altération des rapports des deux rétines entre elles, c'est la *diplopie*. Si le ptosis est complet, le malade ne s'en plaint pas spontanément, elle n'apparaît que lorsqu'au cours de l'examen on relève la paupière supérieure.

Nous nous trouvons donc en présence d'une paralysie de tous les nerfs moteurs de l'œil et des nerfs sensitifs passant par la fente sphénoïdale et, fait important, seuls ces nerfs sont intéressés.

Le syndrome de la fente sphénoïdale est donc constitué par une *ophtalmoplégie unilatérale totale sensitivo-motrice*.

2° — *Syndrome syphilitique de l'apex orbitaire*

Dans ce syndrome, en plus des altérations des nerfs passant par la fente sphénoïdale, il y a une lésion du nerf optique.

L'affection a un début identique à celui du précédent syndrome.

Céphalées, ptosis, mouvements du globe oculaire abolis dans toutes les directions.

La pupille en mydriase ne réagit plus à ses excitants habituels : la lumière et l'accommodation.

Le sujet accuse également de la diplopie lorsqu'on relève sa paupière.

On observe en outre une anesthésie kérato-conjunctivo-tégumentaire répondant au territoire innervé par l'ophtalmique.

Au bout d'un temps variable et généralement très vite après l'apparition des premiers symptômes, l'acuité visuelle baisse d'une façon rapide, aboutissant le plus souvent à la cécité complète du côté répondant à la lésion.

L'examen ophtalmoscopique est très variable dans ses résultats. Il peut, au début du moins, ne rien révéler d'anormal.

D'autres fois, la papille fait une saillie et montre des veines augmentées de volume et tortueuses. Mais d'après les auteurs, cette stase papillaire ne ressemble pas à l'image ophtalmoscopique que l'on observe dans les cas de tumeur cérébrale où l'aspect trouble et œdémateux de la papille est plus accentué.

Ces lésions du nerf optique sont le résultat d'une névrite rétrobulbaire, elles aboutissent fréquemment à l'atrophie blanche.

Le syndrome de l'apex orbitaire est ainsi caractérisé par une *ophtalmoplégie sensorio-sensitivo-motrice totale*.

CHAPITRE III

Etiologie et Pathogénie

D'une façon générale, la syphilis de l'apex orbitaire s'observe chez des individus jeunes, de 20 à 40 ans, autrement dit à l'âge où l'on contracte habituellement la syphilis. Nous verrons ultérieurement que cette notion a son importance au point de vue du diagnostic étiologique. Toutefois, les observations I, III et VI ont trait à des sujets ayant dépassé la cinquantaine.

Le syndrome de l'apex orbitaire apparaît six, dix, douze ans après l'accident initial. Il s'agit donc d'une manifestation tertiaire de la syphilis.

Quant au sexe, il ne peut guère fournir d'indication spéciale, cette circonstance étiologique reste sans doute la même que pour la spécificité tertiaire en général.

Nous devons dire que la rareté des observations ne permet pas d'avoir d'opinion absolue sur ces divers points.

LÉSIONS CAUSALES. — Ici encore, nous en sommes réduits aux hypothèses ; ni l'autopsie ni l'intervention chirurgicale n'ayant permis d'en faire l'observation directe.

Le processus morbide semble pouvoir répondre à trois ordres de lésions.

- a) *Périostite* ou *périostose* de la fente sphénoïdale.
- b) *Scléro-gomme du tissu cellulaire* du fond de l'orbite.

c) *Méningite circonscrite*. En effet, les altérations méningées du passage sphénoïdal ou des gaines arachnoïdiennes des nerfs sont révélées par la céphalée et la réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Nous admettrions volontiers la participation des divers tissus constituant l'apex orbitaire.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Le syndrome de l'apex orbitaire réalise, nous l'avons vu, un tableau clinique bien spécial.

Les gommès ou autres processus syphilitiques qui frappent les nerfs de l'œil à la base du crâne déterminent des paralysies de tout le trijumeau avec complication fréquente de kératite neuro-paralytique en même temps que des paralysies de quelques-uns des nerfs moteurs du globe, mais pas de tous à la fois.

En outre, ces paralysies s'associent à celles d'autres nerfs craniens : le facial, l'acoustique seront souvent intéressés. Le nerf optique reste fréquemment indemne.

D'autre part, les paralysies consécutives à des ostéopériostites de l'orbite sont dissociées et constamment s'accompagnent de signes de tumeur : exophtalmie, masse perceptible à la palpation.

Au contraire, la paralysie par lésion syphilitique localisée à la fente sphénoïdale présente la particularité

de frapper en bloc tous les nerfs orbitaires, et, fait important, seulement ces nerfs.

Nous ne méconnaîtrons pas, avec M. le Professeur ROLLET, que des processus infectieux autres que la syphilis puissent provoquer le syndrome de la fente sphénoïdale : signalons l'actinomyose, les ostéopathies.

Les lésions traumatiques de la fente sphénoïdale présentent une symptomatologie souvent identique à celle de la syphilis. Cependant, ici, non seulement il existe la notion du traumatisme causal mais on se trouve en face d'une exophtalmie considérable non réductible.

Le néoplasme peut, lui aussi, réaliser le syndrome de l'apex orbitaire. Cependant, deux particularités l'éloignent du type clinique que nous avons décrit, ce sont l'élément douleur et la marche rapidement envahissante qui fait que la lésion atteignant un point où les nerfs sont autrement groupés, leurs altérations produiront d'autres symptômes.

Nous citerons le cas du syndrome de la paroi externe du sinus caverneux, décrit par FOIX.

Il est caractérisé par une ophtalmoplégie unilatérale à marche rapidement progressive et s'accompagne de céphalées. L'ophtalmoplégie débute par la 6^e paire, s'étendant rapidement à la 3^e et à la 4^e paire.

Mais il est un point bien particulier au syndrome de FOIX, c'est la douleur dans le territoire de l'ophtalmique, alors que dans le syndrome de la fente sphénoïdale d'origine syphilitique on observe de l'anesthésie. Peut-être peut-on voir là une conséquence du fait que le nerf ne se trouve pas, près du sinus, aussi complètement enchaîné que dans la fente sphénoïdale. Il peut en partie

se dérober : il y a irritation plutôt que compression. Au niveau du détroit sphénoïdal au contraire, la phase d'irritation est nulle ou à peu près, la lésion venant comprimer le nerf sur le plan résistant que forme la paroi opposée à la fente.

Le diagnostic entre néoplasme et syphilis devra toujours s'aider de la radiographie. Bien que dans les deux cas le résultat puisse être négatif, on n'en devra pas moins négliger un tel facteur.

D'autres causes ont été signalées, rarement du reste, et sans constatations bien précises.

DE LÉON, en juin 1905, publie une observation d'ophtalmoplégie sensitivo-motrice urémique, qui ne s'accompagne pas de lésion du nerf optique et due, d'après cet auteur, à une intoxication urémique (œdème ou exsudat méningé de la fente sphénoïdale droite) ayant par la suite rétrocedé et laissant une ophtalmoplégie externe et du myosis.

On peut considérer ce cas comme exceptionnel, d'ailleurs son étiologie n'est pas prouvée.

Nous voyons donc que les principales circonstances étiologiques dans les cas de syndrome de l'apex orbitaire d'origine spontanée sont la syphilis d'une part, le néoplasme d'autre part. On pensera à ce dernier chez les sujets âgés après avoir écarté toute possibilité de syphilis.

CHAPITRE V

Pronostic et Traitement

Le pronostic est avant tout fonction du traitement.

Dans tous les cas d'ophtalmoplégie totale d'origine spontanée, et sans attendre les résultats des examens de laboratoire, même s'il est impossible de retrouver des traces de spécificité ancienne, on devra faire une thérapeutique antisyphilitique. Il est évident que plus tôt ce traitement sera institué, plus de chances on aura de voir se rétablir les fonctions motrices, sensibles et visuelles.

Dès les premiers jours, les céphalées diminueront d'intensité pour disparaître d'une façon complète et définitive au bout d'un ou deux septenaires.

Vite la paupière supérieure parviendra à se soulever légèrement, la dilatation pupillaire sera moins marquée et les mouvements du globe reviendront lentement mais progressivement jusqu'à récupération de leur amplitude normale. De même l'anesthésie kérato-conjunc-

tivo-tégumentaire disparaîtra peu à peu. Mais il faudra parfois plusieurs mois de traitement suivi pour arriver à une restitution complète des fonctions motrices et sensitives.

Dans le syndrome de l'apex orbitaire, on fera les plus grandes réserves en ce qui concerne la vision, étant donné la fragilité du nerf optique. Malgré le secours de la thérapeutique et même en l'absence de lésions ophtalmoscopiques, on ne peut pronostiquer en aucune façon la perte définitive ou le retour de la fonction sensorielle et, dans ces cas, vingt ou trente jours après le début de l'amaurose apparaîtra fréquemment une atrophie blanche de la papille, résultat évident d'une névrite rétro-bulbaire.

Tous les spécifiques de la syphilis pourront être utilisés. Toutefois, il s'agit ici de lésions tertiaires et si le malade n'a jamais été traité antérieurement, il sera sage de ne pas débiter par des corps aussi actifs que les arsénicaux, par crainte d'une réaction d'Herxheimer possible. On portera son choix sur le cyanure de mercure ou, ce qui est préférable, le bismuth, dont on fera plusieurs séries. Entre ces séries, on administrera de l'iodure de potassium à la dose de 4 à 10 grammes. Ce sel sera bien toléré si l'on prend la précaution de lui adjoindre de la belladone.

Le traitement devra être poursuivi longtemps, même après disparition complète des paralysies.

Observations

Nous groupons nos observations en :

1° Cas d'ophtalmoplégies sensitivo-motrices, c'est-à-dire syndrome de la fente sphénoïdale ou syndrome incomplet de l'apex orbitaire, et nous en rapportons deux observations, dont l'une personnelle. Ce sont les Obs. I et II.

2° Cas d'ophtalmoplégie totale sensorio-sensitivo-motrice ou syndrome complet de l'apex orbitaire. Nous en relatons cinq observations, dont une inédite. Ce sont les Obs. III, IV, V, VI, VII.

OBSERVATION I

(Inédite. Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Syndrome syphilitique de la fente sphénoïdale (ophtalmoplégie droite totale sensitivo-motrice).

B... Joseph entre le 18 janvier 1927 à la clinique ophtalmologique. C'est un homme de 55 ans bien constitué et n'ayant eu aucune maladie grave dans sa jeunesse.

En août 1918, il contracte la syphilis (chancre de la verge suivi de roséole et de plaques muqueuses buccales). On lui fait trois injections et il abandonne son traitement.

Fin décembre 1919, le malade fait une chute sur la tête dans un escalier et, peu de temps après, présente des troubles de la vision à gauche.

Il est soigné dans le service en janvier 1920 pour une irido-choroïdite spécifique de l'œil gauche et pour une iritis dont le début remonterait au mois d'août 1919. A ce moment :

O.D.V.=2/3.

O.G.V.=0.

Fond d'œil inéclairable à gauche.

18 janvier 1927. — Le malade revient dans le service parce que, depuis le 6 janvier, il souffre beaucoup de la tête, surtout la nuit, il a mal aux yeux et sa paupière supérieure droite tombe.

Examen de l'œil droit :

Ptosis, paralysie complète du droit externe et du droit supérieur. Le malade peut ébaucher de légers mouvements en bas et en dedans sans que l'on puisse spécifier quelle est la participation respective du grand oblique et du droit inférieur dans ces mouvements. Les pupilles sont inégales et réagissent faiblement à la lumière. Le réflexe à l'accommodation est conservé. *Exophtalmométrie* : O.D.=13 m.m.; O.G.=14 m.m. 1/2. Hypoesthésie très marquée de la conjonctive et de la cornée, de même que dans tout le domaine cutané de l'ophtalmique droit. Pas de modification sensible dans le domaine des nerfs maxillaires supérieurs droit et gauche. L'épreuve à la cocaïne donne une dilatation minime du côté paralysé indiquant une parésie probable du sympathique.

M. le Professeur Rollet fait le diagnostic de syndrome syphilitique de la fente sphénoïdale et établit un traitement spécifique. On fait une injection de Quinby tous les deux jours.

19 janvier. — *Analyse du liquide céphalo-rachidien :*

Albumine : 0 gr. 60 pour 1000;

Sucre : normal;

Cytologie : 90 lymphocytes par millimètre cube;
Wassermann : très positif.



Photographie du malade le 21 février 1927



Photographie le 29 septembre 1927

3 février : Les céphalées ont disparu depuis le début du traitement. Accentuation des phénomènes paralytiques : seul le droit inférieur a encore une ébauche de mouvements.

8 février. — Immobilité absolue de l'œil, sauf une très légère contraction du droit inférieur. Le ptosis persiste. Pupille O.D. moyennement dilatée avec de très faibles mouvements à la lumière. Fond d'œil normal. Bon état général, plus de céphalées. Anesthésie absolue de la conjonctive et de la cornée. Hypoesthésie dans le territoire de l'ophtalmique.

Liquide céphalo-rachidien :

Albumine : 0 gr. 60 pour 1000;

Sucre : normal ;

Cytologie : 16 lymphocytes par millimètre cube ;

Wassermann : très positif.

M. le Professeur agrégé DEVIC examine notre malade et conclut qu'il n'existe aucune lésion neurologique en dehors de la fente orbitaire, qui ne peut être rattachée par un lien anatomique qu'à la fente sphénoïdale. La réaction du liquide céphalo-rachidien, expliquant la céphalée, n'est pas contraire au diagnostic de localisation sphénoïdale qui a été fait.

24 février. — On arrête les injections de Quinby et on les remplace par l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour.

On fait faire la radiographie du crâne, elle ne permet pas de conclure à une fracture ou à la présence d'une tumeur opaque aux rayons X.

2 mars. — Les mouvements du globe en dedans existent à nouveau avec leur amplitude normale. Un léger mouvement d'abaissement du globe en bas est possible. Les mouvements en dehors et en haut n'existent pas. Le ptosis subsiste toujours.

8 mars. — Le malade demande à quitter le service. Très bon état général. Plus de céphalées. La paupière

supérieure se relève légèrement spontanément. Léger mouvement du droit supérieur. Mouvements très marqués du droit inférieur et surtout du droit interne. Mouvements dans le droit externe. Pupille à 3 m.m. Papille normale. O.G.V. = $1/6$; O.D.V. = $1/3$.

La cornée et la conjonctive sont redevenues sensibles. La pupille gauche dilatée à l'atropine montre une synéchie à midi et une synéchie de 4 heures à 7 heures.

On augmente de 1 gramme la dose d'iodure.

25 mars. — Le malade revient à la consultation. Ptosis incomplet. Mouvements du droit interne, du droit inférieur complets; incomplets du droit supérieur; presque complets du droit externe.

O.D.V. = $1/3$; O.G.V. = $1/4$.

1^{er} juin. — Mouvements complets des muscles droits inférieur, interne et externe. Parésie du droit supérieur.

Anesthésie cornéo-conjonctivale complète. Hypoesthésie dans le domaine de l'ophtalmique.

Diplopie croisée et supérieure augmentant dans le regard à gauche. La pupille droite ne réagit pas à la lumière mais réagit à la convergence. L'épreuve de la cocaïne provoque une mydriase nette à droite, beaucoup plus accentuée que lors de la première expérience. Il semble que le sympathique ait récupéré une partie de ses fonctions. A partir de ce jour, on reprend les injections de Quinby à raison de deux par semaine.

4 juillet. — O.D.V. = $1/6$. Légère opacité cristallinienne. Mydriase légère avec irrégularité pupillaire. Argyll-Robertson positif. Ptosis léger. Paralysie persistante du droit supérieur. Paralysie du droit externe. Polypsie monoculaire (cristallinienne). Diplopie verticale et homonyme. O.G.V. = $1/10$. Hypoesthésie légère cornéenne et conjonctivale.

18 juillet. — On arrête le Quinby et on donne de nouveau au malade de l'iodure de potassium à la dose de 6 grammes.

7 novembre. — Au point de vue paralysie il persiste : De l'anesthésie conjonctivale avec hypoesthésie cornéenne et hypoesthésie dans le territoire cutané de l'ophtalmique. Parésie peu accusée du droit supérieur. Pas de diplopie au verre rouge. La pupille gauche réagit bien (en dépit des synéchies partielles). La pupille droite réagit faiblement à l'accommodation et pas du tout à la lumière. Mydriase légère de l'œil droit.

OBSERVATION II

(ROCHON-DUVIGNEAUD)

Ophtalmoplégie unilatérale sensitivo-motrice

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années qui présentait à droite, depuis peu de temps, du ptosis, une ophtalmoplégie à peu près complète et une anesthésie bien limitée au domaine frontal. Le territoire innervé par le sous-orbitaire avait conservé sa sensibilité. Il y avait des céphalalgies très intenses. Mais la vision était intacte et la papille présentait son aspect normal. La malade guérit rapidement par le traitement mixte après avoir nié énergiquement toute syphilis.

OBSERVATION III (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DEJEAN,
de Montpellier).

Syndrome syphilitique de l'apex orbitaire : ophtalmoplégie totale sensorio-sensitivo-motrice.

Madame Vve..., 52 ans, ménagère, entre le 11 janvier 1927 pour paralysie de la paupière et de l'œil gauche. Début il y a deux ans, au cours d'une crise de vertiges céphalées et nausées avec vomissements ; baisse subite de la vision des deux yeux. Le 2 octobre 1924, léger ptosis de la paupière gauche. Le 31 janvier 1925, elle

est examinée par un oculiste qui note : « Papillite bilatérale. Parésie du droit externe gauche. Réflexes pupillaires abolis. Inégalité pupillaire. Léger ptosis à gauche. Diplopie. V.O.D. = 0,3 ; V.O.G. = 0,7 ». A cette époque, réaction de Wassermann franchement positive.

Le 10 février 1925, nouvel examen au service des maladies cutanées et syphilitiques (Prof. MARGAROT). On note : lésions des nerfs II, III et IV. Surdité à droite. Réflexes un peu vifs.

Analyse du liquide céphalo-rachidien :

B. W. : + + +

Albumine : 0 gr. 30.

Chlorures : 7,7.

Examen à la cellule de Nageotte : 1,5 éléments.

21 février 1925 : Après 3 piqûres de muthanol, les troubles oculaires ont presque disparu.

20 octobre 1925 : Après cessation prolongée du traitement spécifique, récidive grave avec céphalées, vomissements, douleurs violentes à la nuque, ptosis gauche ; réflexes pupillaires abolis ; réflexes tendineux vifs, on commence des séries d'injections de cyanure de Hg intraveineux, de muthanol et de sulfarsénol intercalées, poursuivies jusqu'à ce jour.

4 mai 1926 : Papillite bilatérale avec paralysie des nerfs III et IV gauches, d'origine spécifique, avec aortite. Malgré le traitement, les symptômes ont persisté, sauf la papillite optique qui a progressivement disparu.

Antécédents : Pas de maladies antérieures. Bonne vue antérieure des deux yeux. A eu 11 enfants, dont 4 fausses couches. Restent 5 vivants et bien portants. Mari mort, il y a 6 ans, à 51 ans, de congestion pulmonaire (il était albuminurique).

Etat actuel : Femme de petite taille. Faciès p  le, léger embompoint. Bon   tat général, sauf quelques céphalées

survenant par crises de 2 ou 3 jours et des nausées et des vomissements glaireux matinaux tous les 2 ou 3 mois environ.

O. D. : Léger larmoiement. Pupille en mydriase moyenne. Réflexe photo-moteur presque aboli ; réflexe à la convergence supprimé. Papille optique un peu pâle à bords élargis, blancs, irréguliers. V.O.D. = 0,1 — 2,50 = 0,7.

O. G. : Ptosis complet de la paupière supérieure. Léger larmoiement. Pupille en mydriase plus large qu'à droite. Réflexe photo-moteurs et à la convergence abolis. Papille entourée d'une auréole blanche. Mouvements du globe supprimés dans toutes les directions. Cependant l'œil esquisse le mouvement du regard en bas. Diplopie dans tous les sens, quand on relève la paupière supérieure gauche.

Paralyse de l'accommodation (l'œil gauche ne peut lire qu'avec un verre de + 2).

V.O.G. = 0,2 — 1,50 = 0,6.

Sensibilité conservée à la cornée et sur tout le territoire du nerf ophtalmique.

O.D.G. Champ visuel normal.

Examen radiologique : Pas de différence radiologiquement appréciable entre les orbites et entre les sinus de chaque côté. Il y a lieu de remarquer sur le cliché de profil l'atrophie des apophyses clinoides postérieures et de la paroi postérieure de la selle turcique.

27 janvier 1927 : Même état général et local. L'ophtalmoplégie reste totale. Fond d'œil O.D.G. : papille un peu pâle entourée d'une collerette blanche, vestige de l'ancienne papillite.

10 novembre 1927 : Même état, sauf amélioration de l'O. D. et aggravation de l'atteinte du nerf optique gauche, atrophie blanche totale. Ces nouveaux faits corroborent le diagnostic de périostite du sphénoïde au sommet de l'orbite gauche. Malgré l'efficacité très limitée

du traitement spécifique, la nature syphilitique du mal ne peut être mise en doute.

OBSERVATION IV
(ROCHON-DUVIGNEAUD)

*Ophthalmoplégie sensitivo-motrice totale avec cécité
par syphilis acquise*

Baptiste V..., âgé de 29 ans, n'a fait aucune maladie sérieuse dans sa jeunesse, mais a contracté la syphilis au mois d'août 1888. Il a été soigné pour un chancre dans le service du docteur Mauriac, dans le Midi. Après un traitement de 5 mois par les pilules de protoiodure et l'iodure de potassium les accidents secondaires ont disparu. De 1889 à 1894 il n'a rien éprouvé de particulier.

Il se présente à la clinique du Docteur Lefèvre le 17 novembre 1894. Sa paupière gauche est complètement fermée. Le malade raconte qu'il a été pris, pendant la nuit du 7 au 8 novembre, de douleurs de tête insupportables qu'il localisait dans la tempe gauche.

Le lendemain, il a remarqué que sa vue était assez affaiblie. En même temps son œil s'ouvrait difficilement.

Tous ces phénomènes se sont accentués jusqu'au jour où il se présente à la clinique.

Examen du malade le 17 novembre 1894 : Pas de fièvre. Il est un peu pâle et affaibli. Localement nous remarquons un ptosis complet paralytique de l'œil gauche; la paupière, souple, se laisse relever sans résistance, ne présente aucun signe d'hyperhémie. Le globe reste immobile de tous les côtés. La pupille est extrêmement dilatée, et sans aucun réflexe même consensuel.

Aucun trouble circulatoire du côté de l'œil et le malade affirme que jamais son œil n'a été rouge. V. ne peut distinguer les doigts à quelques centimètres de dis-

tance et c'est à peine si la lumière électrique impressionne sa rétine.

Au palper, rien du côté de l'orbite ne décèle la présence d'une tumeur et l'œil est parfaitement refoulable, mais on provoque une douleur.

De plus, la cornée est insensible, le cul-de-sac supérieur, la paupière supérieure, le territoire innervé par le sus-orbitaire et le nasal paraissent complètement anesthésiés. Dans toutes ces régions la pointe d'une aiguille ne provoque aucune douleur.

A l'ophtalmoscope, stase papillaire. Il s'agit donc d'une tumeur comprimant les nerfs à leur passage dans la fente sphénoïdale, mais on n'observe pas d'exophtalmie. On fait le diagnostic de périostose de la fente sphénoïdale et du trou optique d'origine syphilitique. On prescrit au malade des frictions mercurielles et de l'iode de potassium.

Le malade est revu le 26 novembre. Les douleurs de tête ont notablement diminué, le ptosis est encore à peu près complet, la sensibilité frontale et palpébrale commence à reparaitre. Même traitement.

18 décembre. — Les douleurs ont complètement disparu. La paupière se soulève légèrement, la sensibilité paraît entièrement revenue, mais la vision est nulle.

7 janvier. — Disparition des phénomènes paralytiques, mais cécité absolue de l'œil gauche.

Depuis, le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION V (ROCHON-DUVIGNEAUD)

Ophtalmoplégie sensitivo-motrice totale avec cécité par syphilis acquise

L... Charles, âgé de 32 ans, se présente à la consultation du professeur Panas le 31 juillet 1895; il est brun, petit, bien constitué, exerce le métier de fondeur.

Il a eu un chancre induré à la verge 10 ans auparavant, qui a duré trois mois. Les accidents secondaires ont été manifestes : plaques muqueuses à la gorge et à l'anüs, roséole généralisée. Après un traitement de trois mois (sirop de Gibert) ces accidents ont entièrement disparu. Depuis il n'a pas eu de maux de tête et s'est toujours bien porté.

Au début de juillet 1895, c'est-à-dire un mois avant son arrivée à l'Hôtel-Dieu, le malade a remarqué qu'il voyait double. 15 jours plus tard, chute de la paupière à droite et céphalalgie intense. Quelques vomissements.

Etat du malade le 31 juillet : Ptosis complet à droite avec légère contracture du facial correspondant. Impossibilité absolue pour le malade de communiquer le moindre mouvement d'élévation à la paupière supérieure droite, même par la contracture du frontal.

En soulevant la paupière (la pression du doigt détermine un réflexe d'occlusion) on trouve le globe oculaire complètement immobile, sauf une petite oscillation à peine appréciable dans le sens d'action du droit interne. Pas d'exophtalmie et pas de troubles circulatoires apparents.

L'œil est parfaitement refoulable. On n'observe, à la pression des parties molles de l'orbite, aucune sensation d'épaississement ou de tumeur, mais on provoque une légère douleur.

La papille n'est pas beaucoup plus grande que celle de l'œil sain. Les réactions consensuelles se font lentement mais à peu près complètement. Pas de réaction directe à la lumière. Mais la pupille se dilate quand on ferme l'œil sain, ce qui est en rapport avec la cécité de l'œil droit. Légère oscillation pupillaire dans l'essai de convergence, non suivi d'effet, du reste.

Anesthésie cutanée dans toute la région de la suture fronto-pariétale, descendant du crâne vers la queue du sourcil. La paupière inférieure est incomplètement anes-

thésiée. La racine du nez est insensible, mais non le lobule ni l'œil. Donc zone d'anesthésie un peu plus restreinte que la zone apparente de distribution des nerfs, prouvant les échanges nerveux vers les limites des territoires observés.

Cornée insensible, cul-de-sac supérieur sensible en dedans, assez sensible en dehors. Cul-de-sac inférieur assez sensible.

Paroi externe de la fosse nasale droite hypoesthésique, paroi interne sensible malgré l'innervation symétrique. L'odorat paraît conservé et l'ouïe paraît être la même à droite qu'à gauche.

La sécrétion lacrymale est normale, du moins au point de vue de la lubrification conjonctivale et de la fosse nasale correspondante (mais ne serait-ce pas grâce à l'innervation du facial que cette fonction se trouve conservée ?)

La cécité est complète, il n'existe aucune trace de sensibilité lumineuse. A l'ophtalmoscope on trouve : stase papillaire avec saillie de la papille de deux dioptries, disparition de l'anneau scléral, sinuosités veineuses. La papille fait très nettement une saillie en bouton circulaire, l'anneau scléral est invisible et les veines dessinent un coude très net pour descendre de la papille sur le plan rétinien : mais il n'y a pas l'aspect trouble, œdémateux des stases papillaires d'origine intracranienne, c'est un état analogue, mais moins prononcé.

L'œil gauche est normal comme acuité et sens des couleurs. Le diagnostic fait a été celui de : Périostite (spécifique de la fente sphénoïdale et du canal optique droits).

Traitement. — Le malade est soumis au traitement spécifique à partir du 31 juillet. On pratique six piqûres par semaine d'huile bi-iodurée à 4 milligrammes par centimètre cube. A l'intérieur on administre l'iodure de potassium.

Les douleurs de tête ont cessé assez lentement, vers le commencement de septembre. Elles ont été très tenaces.

Le 19 septembre, après 50 piqûres, on constate un ptosis incomplet. Les mouvements de latéralité ont reparu et sont assez étendus. Les mouvements en bas sont moins étendus et en haut ils sont plus réduits encore.

La sensibilité est en partie réparue dans le domaine du sus-orbitaire, mais la paupière est à demi-anesthésiée. Quant à la vision, elle est nulle. On formule comme suite de traitement :

Iodure de potassium : 15 gr.;

Bi-iodure de mercure: 0,15 centigrammes;

Eau distillée : 300 gr.

Une cuillerée à potage matin et soir.

Le 31 octobre, le malade revient à la consultation. Les mouvements oculaires ont repris toute leur amplitude. La sensibilité dans la région frontale, palpébrale et nasale est complètement réparue, mais la perception lumineuse fait toujours défaut.

A l'examen ophtalmoscopique, on trouve une atrophie complète de la papille.

OBSERVATION VI

(VILLEMONTE DE LA CLERGIE)

Ophtalmoplégie sensitivo-motrice totale de l'œil droit avec cécité et exophtalmie.

Mme B..., 50 ans, ne présente aucun antécédent personnel ou héréditaire intéressant à noter; son mari est mort de paralysie générale il y a quelques années. Vers le mois de mai 1908, elle commença à souffrir de la tête; ces douleurs allèrent en augmentant insensiblement et elles étaient plus violentes la nuit que le jour.

Dans les premiers jours de septembre, la malade accuse de la diplopie. La paupière supérieure tombe peu de temps après et la diplopie disparaît.

Le 21 septembre elle constate qu'elle n'y voit plus de l'œil droit; les céphalées sont devenues plus violentes, le ptosis complet, et son état général devenant mauvais elle se décide à consulter.

A l'examen de l'œil droit : Paralysie de tous les muscles innervés par le moteur oculaire commun : le releveur de la paupière supérieure, le petit oblique, les trois muscles droits, supérieur, interne et inférieur; la pupille est en mydriase et insensible à toutes les excitations.

Paralysie du grand oblique et du muscle droit externe.

Anesthésie complète dans le domaine du trijumeau. Par suite de ces multiples paralysies, le globe oculaire n'est plus maintenu et il existe une *exophtalmie directe très accentuée*.

Pas de troubles de la circulation sanguine.

Il n'existe pas d'altération du fond d'œil malgré la cécité absolue.

La pression du globe oculaire est douloureuse.

L'exophtalmie diminue à la pression digitale, mais ne disparaît pas complètement. Il semble que le fond de l'entonnoir est rempli par quelque chose d'anormal.

L'œil gauche est sain.

Pas de modifications vasculaires au niveau de la région péri-orbitaire droite.

Devant l'ensemble de ces symptômes paralytiques et anesthésiques, le Docteur VILLEMONT DE LA CLERGIE fait le diagnostic d'ophtalmoplégie sensitivo-motrice totale de l'œil droit due à une lésion siégeant au niveau de la fente sphénoïdale et du trou optique.

Dès le lendemain le traitement spécifique est institué (traitement mixte, bi-iodure, iodure de potassium) et tous les deux jours injection de un demi-centigramme de strychnine.

Le 8^e jour, la céphalée a complètement disparu. À ce moment également l'exophtalmie a commencé à diminuer, la sensibilité cornéenne et cutané est légèrement revenue, la paupière supérieure peut se soulever et la pupille est moins dilatée; il existe également quelques mouvements dus aux muscles dépendant du moteur oculaire commun. Cette amélioration s'accroît de plus en plus jusqu'à la quinzième injection, c'est-à-dire le 26 octobre. A ce moment le traitement est continué par des frictions mercurielles.

Le 26 octobre : la paralysie du moteur oculaire commun a complètement disparu, la sensibilité cornéenne et cutanée est normale, il n'y a plus d'exophtalmie, état général excellent. Cependant il persiste une paralysie complète du droit externe et une amaurose absolue.

A ce moment, à l'examen ophtalmoscopique, la papille a l'aspect blanc de l'atrophie optique. Cet état était encore le même le 15 janvier où la malade a été revue pour la dernière fois.

OBSERVATION VII

(ROCHON-DUVIGNEAUD)

Ophthalmoplégie sensitivo-motrice unilatérale avec cécité d'origine syphilitique

Un jeune homme se présente à la consultation externe avec les symptômes suivants : *Du côté droit*, ptosis, mouvements du globe presque abolis, vision très mauvaise, anesthésie dans le domaine du sus-orbitaire, tandis que la sensibilité est conservée au contraire dans le sous-orbitaire. L'ophtalmoscope montre une papille à veines tortueuses et manifestement congestionnées.

Outre ces symptômes, le malade se plaint de céphalalgies violentes et persistantes.

L'examen ne révèle aucune tumeur orbitaire. L'œil

n'est pas exophtalme et se laisse refouler autant que l'œil sain.

Le malade niait toute syphilis et l'on pensait à quelque néoplasme du fond de l'orbite ou des os du crâne. Cependant, pressé d'instituer un traitement, le professeur Verneuil s'appuyant d'une part sur la limitation des paralysies aux nerfs qui passent par la fente sphénoïdale et le canal optique, d'autre part sur la rapidité du début et la violence des douleurs, pensa que le malade devait avoir eu la syphilis et qu'il souffrait d'une périostite de la fente sphénoïdale. La thérapeutique lui donna raison. Les frictions mercurielles et l'iodure eurent une action très rapide. Les phénomènes paralytiques disparurent et même la vision se rétablit.

Conclusions

I. — Le sommet de la pyramide orbitaire correspond à la fente sphénoïdale dans sa partie la plus large.

Cette fente livre passage à tous les nerfs moteurs du globe oculaire, aux trois branches du nerf ophtalmique, aux veines ophtalmiques et à la racine sympathique du ganglion ophtalmique.

Dans le canal optique, passent le nerf optique et l'artère ophtalmique accompagnée de son plexus sympathique.

II. — Le syndrome syphilitique de la fente sphénoïdale est caractérisé par un ensemble de symptômes résultant de l'altération d'un groupement nerveux bien particulier. Il se manifeste par une ophtalmoplégie totale sensitivo-motrice se traduisant par une immobilité absolue du globe recouvert par la paupière supérieure paralysée, de la mydriase et une anesthésie kérato-conjunctivo-tégumentaire répondant au territoire innervé par l'ophtalmique.

Lorsque le processus syphilitique intéresse simultanément la fente sphénoïdale et le trou optique, aux symptômes précédents s'ajoute de l'amblyopie ou de

l'amaurose par altération du nerf optique. L'ophtalmoplégie est alors sensorio-sensitivo-motrice. (Syndrome de l'apex orbitaire de M. le Professeur ROLLET.)

III. — Le processus morbide semble pouvoir répondre à trois ordres de lésions :

- a) Périostite ou périostose de la fente sphénoïdale.
- b) Scléro-gomme du tissu cellulaire du fond de l'orbite.

c) Méningite circonscrite. En effet, les altérations méningées du passage sphénoïdal ou des gaines arachnoïdiennes des nerfs sont révélées par la céphalée et la réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Nous admettrions volontiers la participation morbide des divers tissus constituant l'apex orbitaire.

IV. — Pour le diagnostic, on se rappellera le groupement nerveux de la fente sphénoïdale. Les paralysies orbitaires sont dissociées; et si la lésion est intracrânienne, les nerfs moteurs du globe ne sont pas altérés simultanément; le trijumeau est intéressé dans toutes ses branches, il y a des paralysies d'autres nerfs crâniens.

V. — Le pronostic est surtout fonction du traitement spécifique qui peut faire disparaître rapidement les troubles moteurs et sensitifs.

On sera beaucoup plus réservé en ce qui concerne la vision. Malgré la thérapeutique, la cécité sera fréquemment définitive et l'examen ophtalmoscopique montrera une atrophie blanche de la papille.

VI. — Le traitement devra être établi précocement. Il sera mixte, hydrargyro-ioduré ou, ce qui est préférable, bismutho-ioduré.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, ROLLET.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 Novembre 1927

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
GHEUSI.

Bibliographie

- ALEXANDER. — Syphilis und Auge, 1889-1895.
- BARRAQUER. — Anatomie du fond de l'orbite et du sinus caverneux (*Congrès international de Madrid, 1903*).
- BERTEMES. — Etude anatomo-topographique du sinus sphénoïdal (*Thèse de Nancy, 1900*).
- CASSOULET. — De la paralysie du moteur oculaire commun (*Thèse de Paris, 1868*).
- CASTÉRAN. — Le syndrome de la fente sphénoïdale (*Thèse de Paris, 1926*).
- CAZALIS. — Les yeux immobiles (*Séméiologie des spécialités*), Maloine, 1927.
- CHARPENTIER. — Disposition anatomique des nerfs de l'orbite au niveau du sinus caverneux (*Progrès Médical*, octobre 1889).
- CHEVALLEREAU. — Recherches sur les paralysies oculaires consécutives aux traumatismes (*Thèse de Paris, 1879*).
- DEJEAN. — Deux nouveaux cas d'ophtalmoplégie sensitivo-motrice unilatérale (syndrome de la fente sphénoïdale) (*Société Française d'Ophtalmologie*, p. 492, 1927).

- FERRON. — Les nerfs de l'orbite et leur paralysie dans les fractures de la base du crâne (*Thèse de Lyon*, 1900).
- FESTAL. — Recherches sur les anastomoses des veines de l'orbite avec les veines des régions voisines (*Thèse de Paris*, 1887).
- GALEZOWSKI. — Ophtalmoplégie unilatérale totale avec paralysie des branches motrices du trijumeau (*Société de neurologie de Paris*, 4 mars 1909).
- GAUTHIER. — Du syndrome de l'apex orbitaire d'origine traumatique (*Thèse de Lyon*, 1927).
- DE LÉON. — Ophtalmoplégie sensitivo-motrice urémique. (*Société de Médecine de Montevideo*, 3 juin 1905).
- MORAX. — Traité d'Ophtalmologie, Paris, 1921.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux, 1894.
- PLICHON. — Du syndrome traumatique de la fente sphénoïdale (*Thèse de Paris*, 1924).
- POIRIER et CHARPY. — Traité d'anatomie humaine (Paris, 1894).
- POULET. — Ophtalmoplégie sensitivo-motrice totale avec atrophie optique par syphilis acquise (*Thèse de Paris*, 1896).
- ROCHON-DUVIGNEAUD. — Quelques cas de paralysie de tous les nerfs orbitaires d'origine syphilitique (*Archives d'ophtalmologie*, décembre 1896).
- E. ROLLET. — Syphilis osseuse de l'orbite (*Encyclopédie Française d'Ophtalmologie*, tome VIII, page 54, Paris, 1909).
- Le syndrome de la fente sphénoïdale (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 mars 1927).
- J. ROLLET. — Syphilis (*Dictionnaire Dechambre*, page 384, 1884).

SAUVINEAU. — Paralysies des muscles de l'œil (*Encyclopédie Française d'Ophtalmologie*, tome VII, Paris, 1908).

TERRIEN. — Les ophtalmoplégies traumatiques (*Archives d'Ophtalmologie*, page 75, 1922).

TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique.

VILLEMONTÉ DE LA CLERGIE. — Ophtalmoplégie sensitivo-motrice totale de l'œil droit avec cécité (*Archives d'Ophtalmologie*, page 623, 1909).

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	7
Introduction	9
<i>Chapitre premier.</i> — Anatomie	11
<i>Chapitre II.</i> — Etude clinique	17
<i>Chapitre III.</i> — Etiologie et Pathogénie	27
<i>Chapitre IV.</i> — Diagnostic	29
<i>Chapitre V.</i> — Pronostic et Traitement	33
Observations	35
Conclusions	51
Bibliographie	55



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

◦ 42, QUAI GAILLETON ◦

◦ ◦ ◦ ◦ ◦ LYON ◦ ◦ ◦ ◦ ◦



